Aus dem Gerichtsärztlichen Institut der Universität Hamburg
Leiter: Obermedizinalrat Dr. H. Koopmann

Beitrag zum Selbstmordproblem

Ein Vergleich der Obduktionsbefunde und Sektionsprotokolle von Selbstmordfällen Gefangener mit denen Nichtgefangener in Hamburg

DISSERTATION
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität Hamburg

vorgelegt von

HUGO EGGERT

Hamburg 1939

1. Berichterstatter: Doz. Dr. K o o p m a n n

2. Berichterstatter: Prof. Dr. B ü r g e r - P r i n z

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität Hamburg

Dissertationsdruck A. Preilipper, Hamburg 11, Admiralitätsstr. 16, Ruf: 36 50 89.

MEINEN ELTERN!

AUFGLIEDERUNG

1. Einleitung.
   Thema.
   Selbstmordforschung, psychopathologische und pathologisch-anatomische Richtung.
   Zweck der Untersuchung.
2. Hauptteil.
   A. Statistik.
      Material.
      Verteilung der Geschlechter.
      Jahreszeitliche Verteilung.
      Altersverteilung.
      Selbstmordmittel.
   B. Obduktionsbefunde.
      Konstitution.
         Konstitutionstypen.
         Ernährungszustand.
         Konstitutionsanomalien.
      Gehirnbefunde.
      Innersekretorische Organe.
      Zirkulationsorgane.
      Atmungsorgane.
      Digestionsorgane.
         Befunde.
         Status digestionis.
         Alkoholgenuß.
      Urogenitalsystem.
      Infektionskrankheiten.
   C. Keine Befunde.
   D. Selbstmord und Haft.
3. Zusammenfassung.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548123_0142

Das Selbstmordproblem ist so alt wie die Menschheit selbst. Gelehrte, Philosophen, Geistliche und Ärzte aller Zeiten haben sich mit ihm auseinandergesetzt und es zu klären versucht. Wohl selten findet man eine solche Mannifaltigkeit und einen Wechsel der Meinungen wie gerade beim Selbstmordproblem. Über 3000 Schriften sind in der Bibliographie über den Selbstmord (= S.M.) von *Rost* erfaßt, und jedes Jahr bringt neue Beiträge und Forschungsergebnisse: ein Zeichen für die große Bedeutung dieses Problems und seiner noch ausstehenden Klärung und Lösung. Ob die restlose Lösung überhaupt einmal zu erwarten ist, erscheint fraglich. Im Hinblick auf diese Zweifel kann man sich der Worte *Jaspers* bedienen: „Immer bleibt zuletzt ein Geheimnis".

Aus dem Hamburger Hafenkrankenhaus wurden von *Boettiger, Brack, Koopmann, Mosdzien* und *Rothfuchs* Beiträge zum S.M.-Problem geliefert. Der Grund hierfür dürfte z. T. in dem großen Material liegen; denn in das Hafenkrankenhaus werden einmal Fälle mißglückter S.M.-Versuche, sowie die Leichen der meisten S.-Mörder Hamburgs eingeliefert, die dort in der Regel zur Sektion gelangen. Auch die Leichen von S.-Mördern aus dem Untersuchungsgefängnis und den Strafanstalten werden in der Anatomie des Hafenkrankenhauses seziert, teils durch Verwaltungs-, teils durch Legalsektion.

Eine in den letzten Jahren scheinbare Häufung von S.M.-Fällen im Gefängnis regte zu einem Vergleich der Obduktionsbefunde dieser mit denen Nichtgefangener an. Ein solcher Vergleich schien einen Beitrag zur Lösung des S.M.-Problems zu versprechen.

Die S. M. - F o r s c h u n g durch die Medizin beschäftigt sich vornehmlich mit der Frage, ob Geisteskrankheit oder abnormer Geisteszustand zum S.M. in Kausalzusammenhang steht. Es lassen sich eine psychopathologische und eine pathologisch-anatomische Forschungsrichtung unterscheiden.

Die Vertreter der p s y c h o p a t h o l o g i s c h e n R i c h t u n g, in erster Linie Psychiater, untersuchen die Menschen, die S.M. verdächtig sind, oder bei denen ein S.M.-Versuch mißlungen ist. Bei der Sichtung des Schrifttums gewinnt man den Eindruck, daß die Mehrzahl dieser Autoren den größten Teil der S.-Mörder für psychisch und charakterlich nicht normal hält. *Esquiriol* sieht im S.M. den Ausdruck einer besonderen Art von Geisteskrankheit, *Gaupp* spricht von einem „krankhaft veränderten Seelenzustand" und *Stelzner* glaubt an das Vorliegen einer „Einengung der psychischen Fähigkeiten". *Kratter* hält den S.M. für ein Zeichen von Degeneration, während *De Fleury* sich auf der Grundlage

einer manisch-depressiven Konstitution den S.M. entstanden denkt. Ebenfalls nimmt auch *Löwenberg* eine besondere Disposition, eine „Depressionsbereitschaft", an. Die neueren Autoren, wie *Boettiger, Elo, Hoche, Reck, Sichl, K. Schneider,* halten Psychopathie in erster Linie für die Ursache des S.M. Die erst kürzlich erschienene Arbeit von Säker berücksichtigt die verstehend-psychologische und verstehend- psychopathologische Betrachtungsweise *K. Schneiders.* Der Blickpunkt wird einmal auf die Motive und die anderen näheren psychologischen Umstände und ferner auf die abnormen seelischen Grundlagen gerichtet. *Schneider* unterscheidet streng zwischen einem psychotischen und einem nichtpsychotischen S.M. Die letzte S.M.-Art unterteilt er in den „S.M. aus Furcht" (den Bilanz-S.M. im Sinne *Gaupps* und *Hoche's* schließt er darin ein), den „S.M. aus Kurzschluß" und den „Theater-S.M". Die Nachteile dieser Forschungsrichtung sind in dem Untersuchungmaterial begründet. Es handelt sich bei den Fällen, die in die psychiatrischen Kliniken eingeliefert und dort untersucht werden, meistenteils um S.M.-„Versuche", die in der psychologischen Wertung dem vollendeten S.M. nicht gleichgestellt werden dürfen. So ist z. B. eine Selbsttötung bei Hysterischen (— asthenischen Psychopathen) oder Sexuell-Abartigen (cf. *Reuter, Koopmann,* u. a.) unter Umständen als „Unglücksfall" zu betrachten. Auch spricht für die elektive Zusammensetzung des Materials bei den S.M.-Versuchen z. B. das Verhältnis der Geschlechter, das von dem aus den Zahlen der Staatlichen Gesundheitsämter vollkommen abweicht.

Die pathologisch-anatomische Richtung in der medizinischen S.M.-Forschung versucht die Auswertung somatischer Befunde für Anhaltspunkte einer Unzurechnungsfähigkeit und für die Lösung der Frage, ob der S.M. im Zustande der Wahl- und Entschlußfreiheit ausgeführt wurde. Als Untersuchungsmaterial dient die Leiche, nebst spärlichen Angaben aus den Polizeiakten und evtl. der Angehörigen. *Heller* versuchte zum ersten Mal durch Obduktion des S.-Mörders die kausale Genese des S.M. zu ermitteln und fand, daß die Hälfte aller S.-Mörder nicht im vollen Besitz der Zurechnungsfähigkeit ist. Auch *Pfeiffer* konnte nachweisen, daß $^3/_4$ der sezierten S.-Mörder schwerkranke Menschen sind, „deren geistige sowie körperliche Integrität durch die Erkrankung gelitten haben muß". Etwas vorsichtiger in der Beurteilung der Obduktionsbefunde ist *Ollendorf,* der in 44% der Fälle die Zurechnungsfähigkeit nur in Zweifel stellt. Das Ergebnis dieser Forschungen kommt in der Erkenntnis zum Ausdruck, daß beim S.M. eine inäquate Affekthandlung vorliegt, die in ihrer Schwere zum Motiv in keinem Verhältnis steht. Die Motive und angeblichen Beweggründe zur Tat werden vollkommen abgelehnt *(Heller, Masaryk, Placzek). Neuere* Autoren hingegen wiesen den Motiven eine größere Bedeutung zu. *Koopmann* konnte die Motive durch die Obduktionsbefunde in 43% und *Mosdzien* in 37% der Fälle bestätigen. Die Nachteile dieser Forschungsrichtung dürften wohl ebenfalls in dem Material, der Überschätzung und Überbewertung der Obduktionsbefunde und der Verwerfung der „angeblichen Motive" begründet sein. Auch ihr sind sehr enge Grenzen gesetzt, denn die Beurteilung der Psyche aus den Obduktionsbefunden darf nur mit größter Reserve erfolgen. Die heutige Sektionstechnik und die Untersuchungs-

methoden der pathologischen Diagnostik sind in bezug auf die Erkennung des Geisteszustandes unzulänglich.

Grundlegend und wegweisend für die Untersuchung von S.M.-Fällen ist die Forderung von *Hofmann—Haberda:* Jeder S.M.-Fall wird konkret beurteilt unter Heranziehung der Anamnese, der Tat als solcher, der Prüfung hinterlassener Schriftstücke und des Resultats der Obduktion.

Der Zweck meiner Arbeit ist, wie schon angedeutet, einen Vergleich anzustellen von Obduktionsbefunden einer Gruppe von S.-Mördern gleichen Motivs mit der von S.-Mördern verschiedenster Motive: einer Gruppe von „freien" S.-Mördern. Bei dem gleichen Motiv des „Konfliktes mit der Gesellschaft" *(Mosdzien),* „Angst vor Strafe" *(Brack)* und des „Milieudrucks und der psychischen Zwangslagen" *(Brosch)* hat man es mit einem unter besonderen Umständen gereiften S.M.-Entschluß zu tun. Es soll versucht werden, die Stichhaltigkeit des Motivs und die Frage zu prüfen, ob ihm eine Bedeutung als Veranlassung oder Ursache zum S.M. zukommt. Es soll ferner die Frage zu klären versucht werden, ob beim S.M. im Gefängnis ein „physiologischer S.M." im Sinne *Placzeks* oder ein „Bilanz-S.M." *(Hoche)* vorliegt, der S.M. eines Menschen, „der klar und zielsicher die Absicht hat, sich einer unerträglichen Lage durch den Tod zu entziehen" *(Säker),* oder ob auch hier nur die „abnorme Reaktion" eines bestimmten Individuums auf eine bestimmte Veranlassung ausschlaggebend ist (cf. *Heller).*

Als Material sind dieser Untersuchung die Sektionsprotokolle von S.-Mördern Hamburgs und der Gefängnisse zugrunde gelegt. In den Jahren 1930—1937 sind insgesamt 82 S.-Mörderleichen aus den Hamburger Gefängnissen in die Anatomie eingeliefert. In der überwiegenden Mehrzahl (60%) handelt es sich um Untersuchungsgefangene. Eine Zusammenstellung auf die einzelnen Jahre läßt keine Steigerung erkennen. Von diesen 82 S.-Mördern der letzten acht Jahre sind einige teils an die „Normale Anatomie" abgegeben, teils aus Zeitmangel nicht seziert, so daß im ganzen von 49 Fällen die Obduktionsbefunde verwertet werden konnten. Diese relativ geringe Zahl läßt natürlich keine beweisenden und „dogmatischen" Schlüsse zu, gibt aber unter Wahrung der gesetztlichen Grenzen und Einschränkungen eine brauchbare Genauigkeit. Zum Vergleich sind 185 Sektionsprotokolle von männlichen S.-Mördern aus Hamburg vom Jahre 1937 herangezogen. Die weiblichen S.-Mörder sind nicht berücksichtigt, da von den zwei Fällen im Gefängnis nur einer zur Sektion gelangte.

Um Beiträge zur Lösung der mir gestellten Aufgabe zu bekommen, habe ich im folgenden mein Material nach bekannten Gesichtspunkten gesichtet.

Die Verteilung der Geschlechter ist in beiden Gruppen verschieden. Es überwiegen die männlichen S.-Mörder in Hamburg im Verhältnis wie 2 : 1, von den 275 Sektionen des Jahres 1937 waren 187 männliche und 88 weibliche S.-Mörderleichen, im Gefängnis hingegen wie 40 : 1. Diese geringe Beteiligung des weiblichen Geschlechts findet ihre Erklärung in der geringeren Kriminalität der Frau. Das Verhältnis 40 : 1 entspricht durch die geringe Zahl der Fälle sicher nicht genau der Wirklichkeit, beweist aber zum mindestens das starke Überwiegen der

männlichen S.-Mörder im Gefängnis. Andere Statistiken stellen bei den „freien" S.-Mördern ebenfalls ein Überwiegen der Männer fest: 4 : 1 *(Elo* für Helsingfors), 3 : 1 *(Pfeiffer* für Innsbruck, *Sieveking* für Hamburg), 2—3 : 1 *(Brack* für Hamburg). Im Gegensatz dazu seien die Statistiken von S.M.-Versuchen aus psychiatrischen Kliniken erwähnt, die ein ausgesprochenes Überwiegen der Frauen feststellen *(Gaupp, Löwe, Schneider, Säker).*

Die stärkere Beteiligung des Mannes am S.M. erklären *Leoncini, Löwe* mit einer größeren Planmäßigkeit und Zielsicherheit von seiten des Mannes, *Gaupp* mit der geringeren Tatkraft und Passivität der Frau. *Brack* nimmt an, daß die Frau gegen Eigenbeschädigung furchtsamer sei. *Elo* glaubt, daß die Frau durch ihre Bindung zu den Kindern und ihr größeres Resignationsvermögen die S.M.-Neigung besser unterdrücken könnte, und ebenfalls *Hanauer,* der von der Frau annimmt, daß sie in ihrer engen Häuslichkeit den Mächten der Verzweiflung mehr Widerstand entgegenstellen kann. Der Wirklichkeit am nächsten scheinen mir die Theorien von *Gaupp, Löwe, Leoncini* zu kommen mit der Annahme einer geringeren Tatkraft und mangelnder Planmäßigkeit der Frau.

Während bei den 80 männlichen S.-Mördern im Gefängnis nur einmal ein Versuch mit Pulsdurchschneidung mißlang, gehen bei der einen Gefangenen zwei Versuche mit Verschlucken von Glas und Pulsdurchschneidung dem Tod durch Erhängen voraus. Der Tod der anderen Gefangenen wurde nicht durch die Phanodormvergiftung herbeigeführt, sondern durch eine nachfolgende Pneumonie. Am wenigsten dürfte die Ansicht *Bracks's* der Wirklichkeit entsprechen, daß die Frau sich „naturgemäß gegen widrige Umstände und gegen eigene Beschädigung furchtsamer und ‚christlicher' verhält". Sie hat ihre Widerlegung durch die Feststellungen von *Gaupp, Hirschfeldt, Leoncini, Schneider* und *Säker* gefunden.

Was das Verhältnis der Geschlechter anbetrifft, ergibt also die Sichtung meines Materials nichts Neues. Mein Material und das Studium des diesbezüglichen Schrifttums zwingen mich, der Auffassung *Gaupp's* usw. beizutreten.

Die jahreszeitliche Verteilung der S.M. habe ich in der folgenden Tabelle und Kurve für die einzelnen Monate des Jahres zusammengestellt.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
Gefängnis	8	7	7	3	6	3	8	4	8	9	14	7
Gefängnis %	10	8	8	3,5	6,5	3,5	10	5	10	11,5	16	8
Hamburg 1937	16	16	23	28	30	25	25	26	27	19	20	18
Hamburg %	5,9	5,9	8,4	10,3	11	9,1	9,1	9,5	9,9	7	7,3	6,6

Kurve siehe nächste Seite.

Das Überwiegen der S.M. in den Sommermonaten April bis September ist bei den S.-Mördern Hamburgs deutlich erkennbar. Im Gegensatz dazu scheint die Verteilung bei den Gefängnisselbstmördenn gerade umgekehrt zu sein. Durch die relativ geringe Zahl der Fälle verläuft die Kurve naturgemäß unregelmäßiger. Jedoch ist der Gipfel im November besonders auffällig. Es ist anzunehmen, daß zwischen der S.M.-Zunahme im November, dem dunkelsten Monat des Jahres, und der allgemein

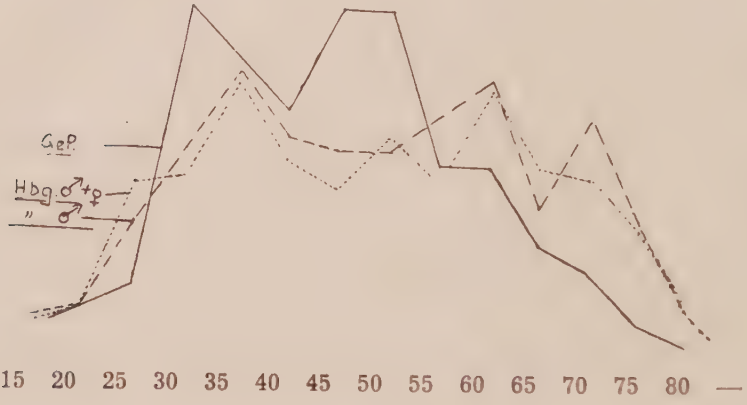
beobachteten Frequenzsteigerung der S.M. in den Abendstunden eine enge Beziehung besteht. *Säker* weist besonders auf die Bedeutung der Abendstunden für das Zustandekommen eines S.M. hin und nimmt an, daß sie „das letzte Widerstreben leichter einlullen".

Die größere S.M.-Frequenz im Spätfrühling und im Sommer, wie sie aus der Kurve für die S.-Mörder Hamburgs deutlich erkennbar ist, beobachten auch andere Autoren. (cf. *Löwenberg* für Hamburg, *Sieveking* für Hamburg, *Elo* für Helsingfors, *Gaupp, Hofman—Haberda, Kellner, Rost, Löwe, Pfeiffer).* Für die Erklärung dieser Tatsache sind mehr oder weiniger stichhaltige Theorien aufgestellt. *Löwe* versucht eine Beziehung mit der Kurve für den Lebensunterhaltungsindex und der Arbeitslosigkeit zu finden für die Jahre 1924—1926. *Säker* jedoch bemerkt mit Recht, daß die seelischen Voraussetzungen zum S.M. zu einfach und eingleisig nicht sind, um die S.M.-Mortalität z. B. als Exponent der Wirtschaftslage hinstellen zu können, und daß parallelgehende Kurvenschwankungen noch nicht im Sinne eines Ursachenzusammenhangs gedeutet werden dürfen. *Gaupp* und *Rost* versuchen eine Klärung auf psychologischen Wege und meinen, daß der Kontrast der düsteren Seelenstimmung zum „heiteren Wetter" im Sommer am größten sei, und der von S.M.-Gedanken Gequälte im Winter seine unglückliche Stimmung leichter zu bekämpfen vermöge. *Rost* spricht in diesem Sinne sogar von „einem negativen Einfluß der Sonne". Diese Erklärung müßte in besonderem Maße für die S.-Mörder des Gefängnisses zutreffen.

Neuerdings beobachtete *Löwenberg für Hamburg* ein Weichen der früher festgestellten Frühlings- und Herbstgipfel zugunsten einer gleichmäßigeren Verteilung. Es scheint danach die Ansicht berechtigt zu sein, daß der Einfluß der Jahreszeiten auf die S.M.-Frequenz nur ein geringer ist und die beobachteten „Gipfel" der Sommermonate durch jene S.-Mörder bedingt sind, die als „disharmonische Naturen im steten Zwist mit sich selbst und ihrer Umgebung liegen" (cf. *Sichl)* und für welche die Ansicht *Rost's* wohl zutreffend ist.

Um einen Einblick in die Beteiligung der einzelnen Altersklassen zu gewinnen, habe ich mein Material in dieser Hinsicht gesichtet und durch eine Tabelle und Kurve veranschaulicht.

	bis 15	bis 20	bis 25	bis 30	bis 35	bis 40	bis 45	bis 50	bis 55	bis 60	bis 65	bis 70	bis 75	bis 80	üb. 80
Gefängn.	0	1	2	13	11	9	13	13	7	7	4	3	1	0	0
Hambg. m.	1	2	9	15	21	16	15	15	14	21	11	18	10	3	1
Hambg. w.	0	1	9	5	8	5	2	9	5	9	10	2	4	2	4



Aus der Kurve wird ersichtlich, daß bei den S.-Mördern im Gefängnis die ganz jungen und alten Menschen fehlen (unter 20 und über 75 Jahre). Dieses Verhalten wird besonders deutlich bei der Bestimmung des Durchschnittsalters, das bei den S.-Mördern Hamburgs 47,9 Jahre und bei denen des Gefängnisses nur 43,2 Jahre beträgt. Von den Gefangenen-S.-Mördern stellen die 25—35 und die 40—50jährigen den größten Anteil, während es bei den „freien" die 30—35 und die 55—60jährigen sind. Im Gegensatz zum Gefängnis zeigt sich dann nochmals eine starke Zunahme der 65—70jährigen. Das Fehlen dieser Altersklasse bei den Gefangenen dürfte sich aus der mit dem Alter abnehmenden Kriminalität erklären. Besonders auffällig ist beim Vergleich beider Kurven der zweite Gipfel bei den S.-Mördern des Gefängnisses. Ähnliche Verhältnisse für Hamburg beobachteten *Brack*, sowie *Mosdzien*, während *Bartel*, *Löwe*, *Pfeiffer* ebenfalls den steilen Anstieg der Kurve bis zum 25.—30. Jahre, dann aber einen langsamen kontinuierlichen Abfall feststellten. Den zweiten Gipfel lassen ihre Kurven vermissen.

Eine Erklärung für die Altersverteilung gab *Brack*, indem er auf den Zusammenhang zwischen dem Erwachen und dem Erlöschen des Geschlechtstriebes hinwies. Auch *Bartel* und *Ollendorf* halten den S.M. ebenfalls vorwiegend für eine Erscheinung des Pubertätsalters. Wenn man der Auffassung *Brack's* folgt, so ließe sich der zweite Gipfel bei den Gefangenen durch ein männliches Klimakterium erklären, für das sich unter anderen auch *Hoche* einsetzt.

Für die Beurteilung eines S.M. ist ferner das S. M. - M i t t e l von nicht untergeordneter Bedeutung. Die Unterschiede in der Wahl der Mittel bei meinen beiden Materialgruppen zeigt die folgende Tabelle:

	Gefängnis 84 Fälle (82 m. und 2 w.)	Hamburg 187 Fälle (nur männl.)
Erhängen	77 (= 91,5%)	81 (= 43,3%)
Schnitt und Stich	2 (= 2,5%)	4 (= 2,2%)
Arzneimittelvergiftung	5 (= 6 %)	9 (= 4,9%)
Co-Vergiftung		39 (= 21,3%)
Ertrinken		25 (= 13,3%)
andere Mittel		29 (= 15,0%)

Die Wahl der Mittel ist im Gefängnis naturgemäß beschränkt zwischen Tod durch Erhängen oder durch Pulsdurchschneidung. Die Prozentzahlen für „Schnitt und Stich" sind für beide Gruppen gleich. Ähnliche Zahlen für diese Todesart gibt *Brack* mit 2,5%, *Pfeiffer* mit 2% und *Elo* mit 3,5% (einschließlich Überfahrung) an. Zu gänzlich anderen Zahlen kommen die Autoren, die die S.M.-Mittel bei den Suicidversuchen berücksichtigen. So gibt z. B. *Löwe* für diese S.M.-Art eine Häufigkeit von 10% an. Da es sich aber um S.M.-„Versuche" handelt, spricht das Ergebnis für eine geringe Mortalität des Suicids durch „Schnitt und Stich" mit etwa 25%. Auch bei dem Material von *Schneider* kamen S.M.-Versuche durch Erhängen, Ertrinken und Erschießen nur vereinzelt vor, während die Arzneimittelvergiftungen an weitaus erster Stelle standen. Im allgemeinen darf man wohl mit *Säker* übereinstimmen und der Art des Mittels keine zu große Bedeutung zumessen, da „Modeströmungen" und unmittelbare Umwelteinflüsse von Bedeutung sein können. Wichtiger erscheint die Beurteilung der Frage, ob ein aktives oder passives Mittel benutzt wurde. So glauben insbesondere ältere Autoren *(Brosch, Pfeiffer, Placzek),* aus den grausamen und gewaltsamen S.M-.Mitteln Schlüsse auf eine Geistesgestörtheit des Täters ziehen zu können. Wenn auch „Schnitt und Stich" nicht vollkommen mit „Sturz aus der Höhe" und „Überfahrung" gleichzustellen ist, so läßt obiges Ergebnis vielleicht schon einen vorsichtigen Schluß auf eine gleichmäßige Zusammensetzung der S.-Mörder in Hamburg und im Gefängnis bezüglich der geistigen und psychischen Verfassung zu.

Man darf daher aus meinem Material die Schlußfolgerung ziehen, daß die Methode der Wahl für den S.M. im Gefängnis das Erhängen ist, das wiederum durch das Milieu bedingt ist. Hiermit wird die Auffassung *Säker's* bestätigt, daß der Wahl des Mittels keine entscheidende Bedeutung beizumessen ist.

Aus den äußeren Umständen ergibt sich aus meinem Material zusammengefaßt also folgendes:

1. Das Weib neigt infolge geringerer Tatkraft und Passivität weniger zum S.M. als der Mann.
2. Jahreszeitliche Einflüsse scheinen keine entscheidende Einwirkung auf die S.M.-Häufigkeit zu haben.
3. Der männliche Gefangene zeigt um die Zeit eines möglichen Klimakteriums Neigung zum S.M.
4. Der S.M.-Methode wurde bisher mehr Bedeutung zugemessen, als ihr in Wirklichkeit zukommt.

Im nächsten Abschnitt meiner Arbeit habe ich versucht, aus dem objektiven Leichenbefund Beiträge zum S.M.-Problem zu gewinnen; bin also dem Beispiel *Hellers* gefolgt. Dazu die Bemerkung, daß meiner Ansicht nach das S M.-Problem nicht von einer medizinischen Disziplin allein gelöst werden kann (cf. *Säker),* sondern das Ziel, das S.M.-Problem zu lösen, nur zu erreichen ist bei Zusammenarbeit aller Stellen, die sich mit diesem Problem beschäftigen müssen. (cf.: *Sieveking,* Statistik; *Koopmann,* Anatomie; *Boettiger,* Psychiatrie). Unter diesen Stellen spielt die pathologische Anatomie (Hirnpathologie!) sicher nicht die kleinste Rolle. Die Verdienste der Psychiatrie und der Statistik um die Lösung des S.M.-Problems sollen in keiner Weise herabgesetzt werden. Die Pathologie der S.M.-Leichen wird aber sicher auch den Platz behaupten, der ihr von *Heller* erworben wurde.

Beginnen möchte ich zuerst mit den Befunden, die, zusammen und als Ganzes betrachtet, einen Einblick in die Konstitution des S.-Mörders gewähren.

Die Konstitution gibt als Gesamtbeschaffenheit des Körpers ein Maß für die Widerstandskraft desselben und des Geistes gegen krankmachende Einflüsse ab. Von besonderem Interesse sind die Konstitutionsanomalien, die nach neuerer Erkenntnis wohl immer auf angeborener, minderwertiger Anlage beruhen. *Brosch* und *Bartel* untersuchten in diesem Sinne und kamen zu dem Ergebnis, daß der „lymphatische Konstitutionstyp" besonders zum S.M. neige.

Nach der *Paltauf*'schen Definition handelt es sich beim Status thymolymphaticus um eine Hyperplasie des lymphatischen Apparates mit einer Persistenz des Thymus. *Bartel* fand in 80% der Fälle Veränderungen am lymphatischen Apparat in Verbindung mit einer engen Aorta und sogar einer starken Längenentwicklung der Appendix *(Shiota).* Auch *Krjukow* fand den Thymus an S.M.-Leichen häufig bedeutend vergrößert, und *Miloslavich* stellte in 80% der Fälle Anzeichen einer lymphatischen Konstitution fest und nahm an, daß das Nervensystem bei dieser Konstitutionsanomalie irgendwie abnorm sein könne. Nach *Nestle* sind S.-Mörder mit Status thymolyphaticus und Nebennierenveränderung, die er gleichzeitig beobachtete, psychisch nicht normal. Diese Vermutung kann als vollkommen theoretisch angesehen werden, da, wenn auch Beziehungen zwischen lymphatischem Apparat und Nebennieren wahrscheinlich bestehen, beim jetzigen Stande der Wissenschaft von der Bedeutung der endocrinen Drüsen für die Psyche wenig Sicheres bekannt ist. (Endocrine Verbrecherformel!)

Diese Überschätzung des Status thymolyphaticus fand bei neueren Autoren wenig Anerkennung. Nach *Oswald* stellt er nichts Pathologisches dar, *Eickhoff* hält ihn für ein Zeichen, daß ein gesunder und meist junger Mensch plötzlich gestorben ist, und auch *Brack* mißt ihm wenig Wert bei, da die Rückbildung des Thymus von Person zu Person schwankend ist. *Koopmann* fand ihn bei jugendlichen S.-Mördern und Unglücksfällen gleich häufig und lehnt ihn als S.M.-Ursache ab.

Die Häufigkeit des Befundes eines Thymus persistens in meinem Material schwankt zwischen 10 und 15%, eine Zahl, die aber ganz von der Alterszusammensetzung des zu untersuchenden Materials abhängig ist.

Aus den Untersuchungen *Koopmann's* an Leichen plötzlich Verstorbener geht hervor, daß die Häufigkeit des Befundes eines persistierenden Thymus mit zunehmendem Alter abnimmt. Eine Zusammenstellung aus meinen beiden Materialgruppen zeigt die folgende Tabelle:

— 20	— 30	— 40	— 50	— 60	——	Altersgruppe
1	12	7	5	2	1	Thymus persist.

Diese Zahlen von einem relativ kleinen Material gleichen denen *Koopmann's* vollkommen und beweisen, daß der Status thymolyphaticus zum S.M. in keinem Zusammenhang steht und ihm nicht die Rolle zukommt, die ihm von *Paltauf* und anderen Autoren zugewiesen wurde.

Von weitaus größerer Bedeutung für das S.M.-Problem scheinen mir die Beziehungen zu sein, die zwischen den S.-Mördern und den Konstitutionstypen bestehen, wie sie *Kretschmer* aufgestellt hat.

Genaue Zahlenwerte über die Zugehörigkeit der S.-Mörder meiner beiden Materialgruppen zum leptosomen, athletischen oder pyknischen Typ kann ich nicht geben, da die Leichen daraufhin nicht besonders untersucht wurden. Um aber einen ungefähren Überblick über die Verteilung der Konstitutionstypen zu erhalten, habe ich das Körpergewicht mit dem für die entsprechende Körpergröße errechneten Mittel verglichen. Von der Tatsache ausgehend, daß der Pykniker durchschnittlich übergewichtig, der Athletiker normalgewichtig und der Leptosome untergewichtig ist, läßt sich der Konstitutionstyp ungefähr bestimmen. Es zeigt sich zwischen den S.-Mördern des Gefängnisses und den „freien" S.-Mördern eine große Übereinstimmung.

	Übergewichtig. über 5 kg	Normalgewichtig. ± 5 kg	Untergewichtig. unter 5 kg
Gefängnis	11,3%	47,7%	41 %
Hamburg	7,3%	49,4%	43,3%

Nach dieser Zusammenstellung gehört der S.-Mörder durchweg dem leptosom-athletischen Formenkreise an, während Pykniker sich außerordentlich selten finden. Die Untersuchungen von *Elo* sowie *Weurich*, die exakte Messungen im Sinne *Kretschmers* anstellten, werden damit bestätigt.

Besonderer Erwähnung bedarf in der Frage nach der Konstitution der Ernährungszustand. Er wird bei der Besichtigung der Leiche nach dem Fettansatz und dem allgemeinen Habitus beurteilt. Die verschiedenen Benennungen habe ich in zwei Gruppen, guter und schlechter Ernährungszustand, zusammengefaßt.

	Guter Ernährungszustand	Schlechter Ernährungszustand
Gefängnis	81,4%	18,6%
Hamburg	81,7%	18,3%

In über 80% der Fälle ist der Ernährungszustand bei den S.-Mördern des Gefängnisses und Hamburgs gut. Der Vergleich des Ernährungszustandes beider Materialgruppen zeigt demnach eine auffällige Übereinstimmung, d. h. im allgemeinen neigt der Unterernährte weniger zum S.M. als der genügend bis gut Ernährte, im Gefängnis wie in der „Freiheit". Aus den Angaben in der Literatur möchte ich auf *Krjukow* hin-

weisen, der im S.-Mörder immer einen gut ernährten und gut gebauten Menschen fand. Nach *Bartel* ist der „Typus des S.-Mörders" ebenfalls der übermittelgroße Mensch mit kräftigem Körperbau und gut entwickeltem Fettpolster.

Das Ergebnis meines Materialvergleichs spricht dafür, daß im ganz groben Typus der „freie" S.-Mörder dem S.-Mörder im Gefängnis gleicht, daß also in der Umwelt (Motiv) kein absolut entscheidender Faktor für das Zustandekommen eines S.M. gesehen werden kann.

Für die Beurteilung der Konstitution sind auch die Konstitutionsanomalien von Wichtigkeit. Zu diesen habe ich bei der Sichtung meines Materials die Sklelettveränderungen, die Hernien, das angewachsene Ohrläppchen, die Hyperthelie und die Tätowierungen gerechnet.

Bei der Bewertung der Skelettveränderungen habe ich die kleineren Befunde, wie Fingeramputationen, fortgelassen. In dem Gefängnismaterial fanden sich drei schwere Fälle (= 6%) mit je einmal hochgradiger Scoliose der Brustwirbelsäule, stärkster Kyphose und Scoliose und einer Ancysole des Hüft-, Knie- und Ellbogengelenks. Dem standen bei den S.-Mördern Hamburgs neun Fälle mit Skelettveränderunden (= 5%) gegenüber, und zwar dreimal hochgradige Scoliose der Brustwirbelsäule, zweimal Unterschenkelamputationen, zweimal Spondyloarthrosis deformans und je einmal stärkste Kyphose mit Scoliose und Arthrosis deformans. Mit 6% und 5% ist die Zahl der Befunde für beide S.-Mördergruppen gleich. Gegenüber den Angaben des Schrifttums sind diese hoch. So beobachtete *Brosch* z. B. nur 4% Skelettbefunde, und zwar nur solche geringerer Art, wie Hyperplasien und Hyperostosen des Schädeldachs. Schwerere Veränderungen sah er nicht, da sein Material sich nur aus militärischen S.-Mördern zusammensetzte. Auffallend gering ist die Zahl von *Brack*, der ebenfalls am Material des Hamburger Hafenkrankenhauses 1/2% Skelettveränderungen feststellte.

Die Hernien, die als Folge einer angeborenen „Konstitutionsschwäche" des Bindegewebs- und Stützapparates angesehen werden dürfen, habe ich für beide Materialgruppen ungefähr gleich häufig gefunden.

	Gefängnis		Hamburg	
Frische Hernien	2 — 4%	6%	3 —	4%
Alte Narben	1 — 2%		4 —	

Von größerer Bedeutung als die Hernien sind vielleicht die Tätowierungen, soweit man in ihnen das Symptom einer psychischen Alteration sieht. Bei den S.-Mördern des Gefängnisses fand ich sie im 20,4% der Fälle und bei den „freien" in 13% der Fälle. Diese Zahlen sind sicher zu groß, bedingt durch die Verbreitung des Tätowierens in Hamburg als Hafenstadt. Die stärkere Beteiligung der Gefangenen unter den Tätowierten entspricht den Angaben des Schrifttums. *Hofmann—Haberda* erwähnt besonders große Häufigkeit bei Verbrechern, und *Hellstern* sah sie bei Strafgefangenen sogar in 50% der Fälle. Auch dieses Ergebnis spricht für das Vorhandensein einer ähnlichen geistigen und psychischen Verfassung bei beiden S.-Mördergruppen.

Außer dem Befunde einer Hyperthelie, nur einmal sah ich ein überzähliges Brustwärzchen bei einem Gefangenen, möchte ich zum Schluß meiner Betrachtung der Konstitutionsanomalien das angewachsene Ohrläppchen erwähnen. Man findet es bei den Gefangenen in 16,3% und bei den „freien" S.-Mördern in 14% der Fälle, also bei beiden Gruppen gleich häufig. Da es als Degenerationszeichen angesehen wird, besonders bei gehäuftem Vorkommen ähnlicher Degenerationsmerkmale *(Hofmann—Haberda)*, erlaubt es, bei allen S.-Mördern einen gewissen Grad von Degeneration anzunehmen. Das Ergebnis meiner Statistik dürfte für die Ansicht *Kratters* sprechen, der den S.M. als den sichtbaren Ausdruck einer Degeneration ansieht, wie auch für die von *Placzek*, der ein gehäuftes Auftreten von Degenerationsmerkmalen geradezu als Alarmsignal gelten lassen will.

Meine obigen Ausführungen bezüglich der Konstitution des S.-Mörders bestätigen die Ergebnisse von Untersuchungen anderer Autoren, nämlich:

1. Der S.-Mörder gehört größtenteils dem leptosom-athletischen Formenkreise an.
2. Der „lymphatische Konstitutionstyp" ist eine physiologische Erscheinung und vom Alter des Menschen abhängig. Eine Beziehung zum S.-Mörder besteht nicht.
3. Der Ernährungszustand der S.-Mörder ist in über 80% der Fälle gut.
4. Das gehäufte Auftreten von Konstitutionsanomalien (=Degenerationszeichen) kann als Alarmsignal gelten.
5. Alle Konstitutionszeichen sind bei den S.-Mördern des Gefängnisses und denen der „Freiheit" ein gleich häufiger Befund. Aus dieser Ähnlichkeit der Befunde bei beiden Gruppen darf man auf eine körperliche und wahrscheinlich auch phychische Ähnlichkeit der S.-Mörder schließen. Dem Motiv kann die Bedeutung als einzige Ursache zum S.M. nicht zukommen.

Zeigen demnach konstitutionelle Stigmata fraglos sichere deutliche Beziehungen zum S.-Mörder, so sollen die folgenden Ausführungen zeigen, daß pathologisch-anatomische Befunde noch engere Beziehungen zum S.-Mörder haben.

Die größte Rolle in der pathologisch-anatomischen S.M.-Forschung spielen die Gehirnbefunde; denn sie bieten am ehesten die Möglichkeit eines direkten Nachweises einer Geistesgestörtheit. Die Befunde meines Materials sind bei den S.-Mördern im Gefängnis mit 8% und bei denen in Hamburg mit ebenfalls 8% gleich häufig. Die einzelnen Befunde sind:

	Gefängnis	Hamburg
Zahl der Fälle	49	185
Gehirntrophie	1	3
Leptomeningitis chr. fibr.	2	8
Erweichungsherde	1	3
Tumor	—	1

Veränderungen des Zentralnervensystems wurden bei anderen Autoren ungleich häufiger gefunden: bei *Heller* in 73,3%, bei *Pfeiffer* in 50%, bei *Brosch* in 30,8%, bei *Elo* in 27% aller Befunde. Dieser betont

aber ausdrücklich, daß er sich infolge der geringgradigen Befunde nicht berechtigt fühle, irgendwelche Schlüsse auf den psychischen Zustand zu ziehen. Die kleinste Zahl der Gehirnbefunde gibt *Brack* mit nur 2,5% an.

Bei der Wertung der genannten Prozentzahlen ist zu bedenken, daß die Zahl der Gehirnbefunde allein noch nichts besagt. Wichtiger ist vielmehr die Beurteilung der Frage, welche Befunde zur Erklärung der Annahme einer Geistesgestörtheit, bzw. einer Störung der „geistigen Integrität" herangezogen werden können.

Eine sehr umstrittene Stellung nimmt in dieser Hinsicht die Leptomeningitis chronica fibrosa ein, eine chronische Meningitis, die mit fleckigen oder diffusen Trübungen und Verdickungen einhergeht. Sie wird besonders bei chronischen Nierenerkrankungen und bei Alkoholismus beobachtet. *Koopmann* erhob den Befund einer chr. Leptomeningitis bei plötzlich Verstorbenen in 20% aller Fälle, bei chronischen Alkoholikern sogar in 66% aller Fälle. *Pfeiffer* schrieb ihr einen mittelbaren Einfluß auf den Ablauf der psychischen Funktionen zu, „da diese Häute doch die nährende Matrix des nervösen Zentralorgans sind". Außer von *Brosch* wird diese Ansicht auch von *Krjukow* vertreten, der bei S.-Mördern außerdem einen schärferen Abdruck der Gehirnwindungen beobachtete, einen Befund, den man ebenfalls bei Geisteskranken finden soll. *Elo* spricht *Pfeiffers* Befunden jeden wissenschaftlichen Wert ab mit der Begründung, daß *Pfeiffer* noch nicht einmal mikroskopisch untersucht habe, und der Beweis der Annahme, daß die Gehirnhäute die ernährende Matrix des Gehirns seien, noch ausstehe. Auch nach *Hofmann—Haberda* gehören die „Veränderungen, Trübungen und seröse Infiltrationen der inneren Hirnhäute mittleren und niederen Grades bei notorisch Geistesgesunden zu den gewöhnlichen Obduktionsbefunden".

Die gleiche Zurückhaltung in der Beurteilung der Gehirnbefunde zeigen auch die neueren Autoren selbst bei gröberen Befunden. Der Grund dürfte darin zu suchen sein, daß mitunter bei schweren anatomischen Befunden am Gehirn und seinen Häuten bis zum Tode keine psychischen Störungen bemerkt wurden. Das gleiche gilt umgekehrt auch für Fälle mit sicher vorheriger Geistesstörung, in denen autoptisch keine Gehirnbefunde erhoben werden konnten. Die feinere histologische Untersuchung läßt die pathologische Diagnostik in dieser Hinsicht heute im Stich. In Fällen von vorheriger Geistesstörung konnte *Elo* in 64% der Fälle nichts nachweisen. *Koopmann* sowie *Mosdzien* konnten in keinem dieser Fälle anatomische Befunde erheben.

Diese Ausführungen zeigen, daß die Zahl der positiven Gehirnbefunde, die eine Geistesstörung einwandfrei beweisen, sehr gering ist.

In diesem Zusammenhang möchte ich einen Einzelfall aus meinem Hamburger Material anführen. Eine 64 Jahre alte Frau wird zum zweiten Mal unter der Diagnose Myodegeneratio cordis, Angina pectoris und Cerebralsclerose in das Krankenhaus eingeliefert. Sie wird aber am folgenden Tage wieder entlassen, „da sie innerhalb weniger Stunden den ganzen Saal in helle Aufregung brachte und sich durch ihr Verhalten in jeder Form unmöglich machte". Nach ihrer Entlassung verübte sie S.M. durch Ertrinken. Die Sektion ergab außer hochgradiger Atherosclerose, Coronarsclerose mit Myofibrosis keinen Gehirnbefund, abgesehen

von der Sclerose der Gehirnbasisarterien, entsprechend dem Alter der Frau. Epikritisch ist zu sagen, daß die Obduktion keinen Gehirnbefund für die sicher vorgelegene Geistestörung (wahrscheinlich deliröse Verwirrtheit) aufdeckte. Dennoch liegt aber „eine Gehirnschädigung vor, bei der das Gehirn erst sekundär auf dem Wege der inneren Vergiftung" (cf. *Schneider)* in Mitleidenschaft gezogen ist. Die primäre Ursache, die Herzinsuffizienz, die zu der „inneren Vergiftung" führte, ist durch den Obduktionsbefund eindeutig bewiesen. Dieser Fall zeigt, daß nicht nur den Gehirnbefunden, sondern auch den anderen Organbefunden eine große Bedeutung in der Frage nach vorheriger Geistesstörung zukommt.

Die Angaben im Schrifttum über die Häufigkeit des Vorliegens von Geisteskrankheit bei S.-Mördern sind bei den Anatomen und Psychiatern verschieden. *Heller* konnte eine Geistesstörung in 5,3%, *Brosch* in 7,6% und *Mosdzien* in 4% der Fälle am Sektionsmaterial nachweisen. Die Zahlen der Psychiater sind wesentlich höher als die der Anatomen. Einmal, weil nur wenige Psychosen pathologisch-anatomisch faßbar sind, und zum anderen, weil das Untersuchungsmaterial der S.M.-Versuche sich unterschiedlich zusammensetzt. Von den neueren Autoren geben *Gaupp, Weygandt, Löwenberg* 50%, *Füllkrug, Kräpelin* etwa 30%, *Rothfuchs* 20% und *Hirschfeldt* nur 9,2% Geistesstörungen aller Fälle an. In der neuesten Statistik von *Schneider* wird das Verhältnis des psychotischen zum nichtpsychotischen S.M. mit 1 : 8 (= 12,5%) angegeben, im Gegensatz zur Reichsstatistik mit 3—6%. Unter dem S.M.-Material aus dem Gefängnis befand sich nach der kriminalbiologischen Längsschnittanalyse kein Geisteskranker. In der anderen Gruppe wird die Zahl der Geisteskranken wahrscheinlich der Reichsstatistik entsprechen.

Zum Schluß dieses Abschnittes erwähne ich noch das Gehirngewicht, das einiger Beachtung bedarf. Von älteren Autoren auf die „Gehirnhypertrophie bei S.-Mördern" *(Bartel)* aufmerksam gemacht, habe ich das durchschnittliche Gehirngewicht für beide Materialgruppen errechnet. Bei den Gefangenen beträgt es unter 14 Fällen 1431 g, bei den S.-Mördern Hamburgs 1409 g (129 Fälle). Das letztere Gewicht ist durch die größere Zahl der Fälle genauer, und gegenüber dem Normalgewicht mit 1360 g ergibt sich ein Übergewicht von etwa 50 g. Unter Berücksichtigung des mittleren statistischen Fehlers von ± 130 g ist das Gehirngewicht der S.-Mörder noch als normal zu bezeichnen. Zu bedenken ist ferner, daß das Wiegen des Gehirns verschiedenen Fehlern unterworfen und daher ungenau ist. Es ist ein Unterschied, ob das Gehirn sofort nach der Herausnahme gewogen wird, oder erst nach der Sektion, nachdem es ausblutet und ausgetrocknet ist. Im Pathologischen Institut des Hafenkrankenhauses wird daher das Gewicht nur von nicht sezierten Gehirnen bestimmt.

Die zum Teil großen Zahlen des Schrifttums kann ich nach meinem Material nicht bestätigen *(Elo:* 1545 g,*Pfeiffer:* 1521 g, *Krjukow:* 1400—1600 g). Das Gehirngewicht ist als durchaus noch im Bereich des Normalen liegend zu bezeichnen.

Das Ergebnis meiner Untersuchung über die Gehirnbefunde bestätigt die Ergebnisse neuerer Autoren. Trotz der Wichtigkeit dieser Befunde für die Möglichkeit des direkten Nachweises einer Geistes-

störung kommt ihnen keine größere Bedeutung zu als den anderen Organbefunden. Zahl und Art der Gehinbefunde sind für beide S.-Mördergruppen gleich.

Bei den Innersekretorischen Organen treten vornehmlich die Befunde der Schilddrüse, des Thymus und der Keimdrüsen in den Vordergrund.

Auf die Bedeutung des Thymus für den S.M. wurde schon hingewiesen, und die Keimdrüsen werden bei den Befunden des Urogenitalsystems näher erwähnt.

An Schilddrüsenveränderungen fand sich bei den Gefangenen einmal eine Struma colloides (= 2%) und bei den S.-Mördern Hamburgs zweimal eine Struma (= 1%). Da das Material zu klein ist, läßt sich über diesen Befund nichts Sicheres sagen. *Elo* fand eine Struma in 3% der Fälle, was mit meinem Material ungefähr übereinstimmt. Hingegen spricht *Bartel* bei der „koloidalen Entartung" der Schilddrüse von einer „allgemeinen Regel bei Obduktionsbefunden von S.-Mördern". Eine Nachprüfung an einem großen Material dürfte diese Behauptung wahrscheinlich nicht bestätigen.

Die Befunde an den Zirkulationsorganen sind sehr verschiedener Art. Eine Herzhypertrophie, ohne Rücksicht auf Ätiologie und dem Grad der Schwere, wurde bei den Gefangenen mit 30% relativ ziemlich häufig gefunden, im Gegensatz zu 19,4% bei den S.-Mördern Hamburgs. Eine Myofibrosis hingegen beobachtete ich nur in 8% der Fälle bei den Gefangenen, gegenüber 13%, erklärlich aus dem Überwiegen der höheren Altersklassen, in Hamburg. Abgelaufene und frische Endocarditiden waren mit 4% zu 11,3% bei den S.-Mördern Hamburgs ein wesentlich häufigerer Befund. Die syphilitische Infektion der Aorta war mit 4% und 3,8% gleich stark verbreitet. Auch der Befund der Lipomatosis cordis wurde in 4% der Fälle gefunden, was sich aus dem bei beiden Gruppen gleichen Ernährungszustand erklärt.

Die Abnutzungskrankheiten des Gefäßsystems nehmen den breitesten Raum ein. Die Befunde verteilen sich auf beide Gruppen wie folgt:

	Gefängnis		Hamburg	
Coronarsclerose	9		43	
Coronarlipoidose	12	— 43%	25	— 36%
Aortenlipoidose	17		37	
Aortensclerose	5	— 45%	42	— 42%

Bei den „freien" S.-Mördern findet sich die Sclerose der Coronarien häufiger als die Lipoidose. Bei den Gefangenen ist es gerade umgekehrt; denn bei ihnen handelt es sich um durchweg jüngere Menschen, deren Coronarien sich noch im Zustand der Lipoidose befinden. Bei den S.-Mördern Hamburgs, unter denen die höheren Altersklassen stärker vertreten sind, ist der Degenerationsprozeß weiter in das Stadium der Sclerose fortgeschritten.

Meine Befunde bestätigen die Angaben von *Brosch*, *Koopmann*, *Pfeiffer*. Zu einem auch von anderen Autoren abweichenden Ergebnis gelangte *Brack*, der in seinem Gesamtmaterial Herz- und Lungenbefunde in nur 2,5% aller Fälle erheben konnte. M. E. dürfte der Grund in der

unterschiedlichen Bewertung der einzelnen Befunde durch die Autoren zu suchen sein. Bei den kleineren Befunden spricht *Brack* von „Krankheiten, welche die Annahme des S.M. als Folge eines schmerzhaften körperlichen Leidens nicht rechtfertigen". Diese Ansicht scheint insofern nicht richtig, als gerade die Schmerzen z. B. bei Angina pectoris mit zu den quälendsten gehören, ohne daß in einigen Fällen überhaupt ein pathologischer Befund zu erheben ist. Für die Krankheiten an den Zirkulationsorganen trifft vielleicht am ehesten zu, daß sie teils auf psychischem Wege, teils somatisch sekundär, z. B. durch Ernährungs- und Zirkulationsstörungen zu Geistesstörungen führen können (cf. *Hofmann—Haberda).* (Vergl. Einzelfall Seite 18!).

Als Beispiel dafür, daß Schmerzen bei einem schweren körperlichen Leiden die Ursache zum S.M. sein können ist ein Fall aus der Gruppe der „freien" S.-Mörder besonders erwähnenswert. Die Obduktion der Leiche eines 26jährigen Mannes von kräftigem Körperbau und ausreichendem Ernährungszustand ergab folgende Befunde: alte fibroplastische Mitral- und Tricuspidalendocarditis, fibroplastische Aortitis, Endarteriitis obliterans, Transsudate im Abdomen, beiden Pleurahöhlen und im Pericard, rechtsseitiger Ventilverschluß des Ureters durch Stein und links einen vollständigen Verschluß, ebenfalls durch Steinbildung. Dieser Fall gehört in seiner ganzen Schwere zu den seltenen Befunden bei Obduktionen von S.-Mörderleichen. Er zeigt aber deutlich, daß die starken Beschwerden und Schmerzen den Menschen zum S.M. treiben können. Es überrascht, daß dieser Mensch überhaupt noch imstande und vernünftig genug war, zur Pistole zu greifen. (cf. Mumme!).

Von den Befunden der Atmungsorgane verdient neben den akuten Infektionskrankheiten die Tuberculose die größte Beachtung. Sie ist mit 6% und mit 4,3% in beiden Gruppen ungefähr gleich häufig. Bei den S.-Mördern Hamburgs handelt es sich in einem Drittel der Fälle um die frische Aussaat von einem Käse- oder Kalkkreideherd aus, ein Befund, auf den *Koopmann* hinwies, der unter 21 Fällen frischer tuberkulöser Aussaat 15 S.-Mörder fand. Die Ansicht, daß akute fieberhafte Erkrankungen S.M.-Neigung entstehen lassen können, ist von Autoren wie *Heller, Brosch, Hofmann—Haberda, Pfeiffer, Placzek* u. a. anerkannt. Dasselbe darf man von den chronischen Infektionskrankheiten, besonders wenn es sich wie bei der Tuberkulose um einen frischen Schub handelt, annehmen, „unter deren Einfluß, wahrscheinlich Eigentoxinvergiftung, es offenbar zu Angstzuständen und zu S.M.-Neigung kommen kann" (cf. *Koopmann).* Auch *Elo* stellte unter seinem Material in 5% der Fälle Tuberkulose fest. Bei *Bartel* war sogar in 21,6% der Fälle eine tuberkulöse Infektion nachweisbar, wobei es sich jedoch in 4/5 seines Materials nur um Schwielenbildung mit Kalkeinlagerungen handelte.

Pleurasynechien finden sich mit 30% und 33% bei beiden Gruppen ebenfalls gleich häufig. Akute fieberhafte Krankheiten, wie Pneumonie und Bronchopneumonie, konnten je einmal nur bei den S.-Mördern Hamburgs beobachtet werden; denn im Gefängnis werden diese Kranken im Lazarett sofort in Behandlung genommen, und hier ist die Ausübung eines S.M. wesentlich geringer. Die Erkältungskrankheiten sind bei den „freien" S.-Mördern doppelt so häufig mit 6% zu 14,5%; denn die Ge-

fangenen sind den Witterungsumschlägen und dauernden Temperaturwechseln nicht ausgesetzt. Diese Zahlen sind relativ niedrig; denn *Koopmann* beobachtete bei „Plötzlichem Tod aus innerer Ursache" zwei- bzw. viermal so häufig Bronchitis (= 26%) und ebenfalls die Hälfte mehr an Pleuraverwachsungen (= 46%). Es kommt daher den kleineren Befunden, den „Alltagskrankheiten" der Atmungsorgane bei S.-Mördern keine große Bedeutung zu bezüglich etwaigen ursächlichen Zusammenhangs, und besonders dann, wenn sie nur vereinzelt vorkommen.

Von den Befunden der Digestionsorgane stehen die des Magens an erster Stelle.

Während die akute und chronische Gastritis sich bei beiden Gruppen gleich häufig findet (8% zu 7%), ist der Befund alter und frischer Ulcera des Magens überraschenderweise nur bei den S.-Mördern Hamburgs mit 6,5% vertreten. Ein Befund, der in dieser Häufigkeit gegen die Anschauung spricht, daß unter den Gefangenen Magenleiden sehr verbreitet sind. Den Magengeschwüren und der chronischen Gastritis schenkt *Brosch* eine besondere Beachtung, indem er sie als „lustraubende Erkrankungen" bei Jugendlichen für S.M.-begünstigend hält. Kleinere Nebenbefunde, wie Diverticulosis, Rektumpolypen, Fibrome und Polypen des Magens und Wurmleiden sind über beide Gruppen gleichmäßig verteilt.

Auch der Befund einer Cholelithiasis ist mit 8% und 9% gleich häufig. Die gleiche Häufigkeit des Befundes stellte auch *Koopmann* mit 9,4% an Leichen plötzlich Verstorbener fest. Eine Tatsache, daß Gallensteine für die Motivierung eines S.M. nur eine geringe Rolle spielen.

Besondere Aufmerksamkeit verdient der Status digestionis. Er ist häufiger Befund und oft mit Zustand nach Alkoholgenuß gleichzeitig zu erheben, wobei er sich auf die einzelnen Altersklassen gleichmäßig verteilt. Der Befund des Status digestionis war bei den S.-Mördern des Gefängnisses in 18% der Fälle und bei denen Hamburgs in nur 8,6% der Fälle zu erheben. Rechnet man jedoch die Fälle hinzu, in denen bei den S.-Mördern Hamburgs gleichzeitig Alkoholgenuß vorlag, so ergeben sich 20%, also gleiche Verhältnisse für beide Gruppen. Zu einem ähnlichen Resultat kamen auch *Koopmann* sowie *Krjukow* mit 25%. *Brosch* untersuchte den Status digestionis genauer und fand, daß er zu der Anzahl und Schwere der übrigen Befunde im Gegensatz stand. Während er in schweren Fällen fehlte, beobachtete er ihn in 60% der Fälle bei S.-Mördern ohne jeglichen pathologischen Befund. Diese Erscheinung brachte *Brosch* in ursächlichen Zusammenhang mit dem S.M. Er nahm an, daß die Blutfülle der intestinalen Organe einen herabgesetzten Stoffwechsel der nervösen Zentralorgane bewirke und dadurch eine Reihe psychischer Hemmungen wegfalle. Im Gegensatz dazu neigt *Pfeiffer* mehr zu der Ansicht *Egglhubers*, daß sich die S.-Mörder vor Ausübung ihrer schon vorher beschlossenen, lebensvernichtenden Tat noch zum letzten Mal die ihnen zugänglichen Lebensfreuden — Nahrungsaufnahme und Alkoholrausch — verschaffen wollten.

Mein Material scheint die Ansicht *Brosch's* zu bestätigen. Es ist nicht anzunehmen, daß bei den Gefangenen die Nahrungsaufnahme eine besondere Lebensfreude im Sinne *Egglhubers* darstellt. Die letzte Nahrungsaufnahme vor der Tat, ob mit oder ohne Alkohol genossen, wirkt

im Sinne einer psychischen Hemmung, die die auftretenden Gegenmotive weniger stark hervortreten läßt.

Was die Bedeutung des Alkohols für die S.M. anbelangt, so ist die Frage noch keineswegs geklärt, welche Rolle der Alkohol spielt. Es muß scharf unterschieden werden zwischen chronischem Alkoholismus und „akutem" Alkoholgenuß.

Die Diagnose des chron. Alkoholismus ist bei der Sektion nicht immer ganz sicher zu stellen. Leptomeningitis fibrosa chronica, Fettleber, chron. Gastritis und allgemeine Adipositas usw. sind typische Befunde, die aber auch bei Nichttrinkern erhoben werden können. *Mosdzien* konnte den chron. Alkoholismus in 67% der Fälle durch die Sektion bestätigen. Unter der Annahme, daß der Befund einer Fettleber (22% und 21%) weitgehend für den chr. Alkoholismus pathonomonisch ist, befinden sich in beiden S.-Mördergruppen die gleiche Anzahl chron. Alkoholiker, und zwar etwa 12—15% nach den Untersuchungen *Mosdzien's*. Die Angaben im Schrifttum über Vorliegen chronischen Alkoholmißbrauchs weichen wesentlich von einander ab: *Koopmann* gibt 10% *Mosdzien* 18%, *Pfeiffer* 30% und *Heller* 47% aller Fälle des untersuchten Materials an. Die Unterschiede erklären sich aus der verschiedenen Beurteilung der Befunde. *Elo* ist vorsichtig genug, es nicht zu wagen, aus den Obduktionsbefunden auch nur eine annähernde Schätzung vorzunehmen. Demgegenüber sind die von Psychiatern erhobenen Zahlen niedriger: *Gaupp, Bandel* geben 40%, *Prinzing* 25%, *Bär* 12%, *Löwenberg* 8% und *Stelzner* nur 3% ihres Materials an. Die Mitte mit 10—15% trifft annähernd das Richtige, eine Zahl, die auch für mein Material zutreffen dürfte.

Beim akuten Alkoholismus handelt es sich vielfach um einen absichtlichen Rausch, der dazu dient, sich Mut anzutrinken und auftretende Hemmungen auf Grund von Gegenmotiven zu beseitigen. *(Elo, Koopmann, Mosdzien, Placzek, Sichel, Schneider).* Bei jedem S.-Mörder, der in die Anatomie des Hamburger Hafenkrankenhauses eingeliefert wird, und dessen Organe bei der Sektion durch Alkoholgeruch den Verdacht auf Alkoholgenuß rechtfertigen, wird eine Blutalkoholbestimmung nach *Widmark durchgeführt.* Die Werte schwanken unter 18 Blutuntersuchungen von männlichen S.-Mördern des Jahres 1937 zwischen 0,2 und 3,99 mg%. (cf. Hansen).

Ein Fall von akutem Alkoholismus konnte bei den Gefängnisselbstmördern nicht beobachtet werden. Ich möchte daher auf einen Fall hinweisen, der von *Schüler beschrieben* wurde. Ein jugendlicher Fahrraddieb hängt sich vor den Augen zweier Gefängnisinsassen auf, vermutlich als Folge „eines alkoholischen Erregungszustandes mit beschleunigtem Ideenablauf und einer durch die Verhaftung bedingten seelischen Reaktion". *Schüler* schließt mit den Worten: „Im nüchternen Zustand würde R. wohl das Unzweckmäßige und das Aussichtslose seines Vorhabens eingesehen haben".

Im pathologischen Rausch darf man den S.M. als Reaktion auf die halluzinatorischen Sinnestäuschungen im Alkoholdelir auffassen *(Placzek, Sichel).*

Was die Beziehung des chron. Alkoholismus zum S.M. anbelangt, so nimmt die eine Gruppe der Autoren an, daß die Wirkung nur eine in-

direkte sei, und zwar durch die dem Alkoholmißbrauch folgende Verelendung und Verarmung, die zu Konflikten und schlechten Familienverhältnissen führt *(Elo,Mosdzien)*. Die andere Gruppe der Autoren sieht in ihm die Auswirkung einer psychopathischen Labilität *(Löwenberg)*, während *Rothfuchs* eine große Anzahl von Geisteskrankheiten auf Alkohol den Anstifter zum S.M. sieht. Nach *Pfeiffer* ist der chron. Alkoholiker eine schwer geschädigte Persönlichkeit, bei der sich zu dem durch Alkohol geschädigten Organismus noch eine Reihe anderer von ihm unabhängige und schwere Erkrankungen vereinigen. Wichtig für die Beurteilung des alkoholischen S.-Mörders sind daher nicht die Folgen, wie während *Rothfuchs* eine große Anzahl von Geisteskrankheiten im Alkohol verfallen ist. Ein Steigen der S.M.-Frequenz zum Teil auf die starke Zunahme der Alkoholiker zurückzuführen, erklärt sich nur sekundär, primär liegt eine scheinbare Zunahme der Psychopathen vor. Nach *Elo* handelt es sich um eine scheinbare Zunahme, die sich aus den gegenwärtigen, komplizierten Lebensbedingungen erklärt, unter denen Menschen, die unter den früheren, einfacheren Lebensverhältnissen noch als „normal" und vom gesellschaftlichen Standpunkt aus für brauchbare Menschen galten, heute nicht mehr imstande sind, diesen Ruf aufrechtzu erhalten.

Es handelt sich also beim chronischen Alkoholismus um ein Symptom von Psychopathie. Man darf daher im S.-Mörder mit Zeichen chronischen Alkoholmißbrauches ebenso gut eine psychopathische Veranlagung annehmen wie auch bei dem nicht mit dem Gesetz in Konflikt geratenen suicidalen chronischen Alkoholiker.

Auf Milz befunde gehe ich im Abschnitt über die Infektionskrankheiten näher ein.

Von den Befunden des Urogenitalsystems finden sich Nierennarben mit 8% und 9,2% bei beiden Gruppen gleich häufig. Schrumpfnieren, meist sekundär arteriosclerotische, sind jedoch mit 2% zu 5,5% bei den S.-Mördern Hamburgs häufiger, bedingt durch das Überwiegen der höheren Altersklassen. Das gleiche trifft auch für die Prostatahypertrophie zu, die mit 4% zu 16,3% in Hamburg ungleich häufiger vorkommt, weil sie eine Krankheit des Alters ist. Anhaltspunkte für Geschlechtskrankheiten wurden so gut wie gar nicht gefunden (cf. *Koopmann)*, während *Sieveking* auf die Häufigkeit von Geschlechtskrankheiten bei S.-Mördern hinweist. *Brack* führt die Besonderheiten und Erkrankungen der Geschlechtsorgane an erster Stelle aller somatischen Befunde seines Materials mit etwa 3,5% an. Nach der Meinung *Brack's* soll die Prostatahypertrophie schwerste sexuelle Störungen zur Folge haben können, die gar nicht so selten zum S.M. treiben. *Brosch* notiert sie mit 10,3% an siebenter Stelle seines Gesamtmaterials, reiht sie ein in die Gruppe der „lustraubenden Erkrankungen" und hält eine Rückwirkung auf den Gemüts- und Seelenzustand durch Beeinträchtigung der „aphrodisischen Genüsse" besonders bei Jugendlichen für unvermeidlich.

Gleich oft fanden sich bei beiden Gruppen Hydrocelen mit je 6%. Hodenatrophie war mit 6% zu 2% bei den Gefängnisselbstmördern häufiger. Im allgemeinen sind die Befunde am Urogenitalsystem, von einigen

schweren bei den S.-Mördern Hamburgs abgesehen, wie je einmal chron. interstitielle Nephritis, Nierentuberkulose, schwerste Cystitis, Hypernephrom und Paranephritischer Abszeß, sehr gering und stehen weit hinter denen anderer Organsysteme zurück. Im Gegensatz zu den Befunden an den weiblichen Geschlechtsorganen, die in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden, müssen die der männlichen sehr vorsichtig und zurückhaltend bewertet werden. Daß sich eine Störung der Sexualfunktion bei der Prostatahypertrophie entwickeln kann, dürfte anzunehmen sein. Ob diese sich aber auch in einer psychischen Alteration bemerkbar macht, ist fraglich und zum mindestens bis heute noch nicht bewiesen. Eine Prävalenz der Befunde an den Geschlechtsorganen war an meinem Material nicht zu beobachten. Die *Brack*'schen Befunde wurden im Schrifttum bisher nicht bestätigt.

In der Beurteilung der Infektionskrankheiten als S.M.-Ursache muß man zwischen den akuten und den chronischen unterscheiden.

An einem Material von 300 S.M.-Fällen stellte *Heller* in 24,3% der Fälle eine Infektionskrankheit fest. Er stützte seine Diagnose in der Hauptsache auf den Befund einer Milzschwellung, deren Bedeutung er für das Bestehen einer akuten Infektionskrankheit, z. B. Influenza hervorhob. Die neueren Autoren sind in der Beurteilung des isolierten Befundes einer „großen Milz" oder Milzschwellung zurückhaltender. Die Milz verändert ihre Größe dauernd in ihrer Funktion als Regulator der kreisenden Blutmenge. Außer bei Infektionskrankheiten vergrößert sich die Milz bei allen Stauungserscheinungen, die durch einen Herzfehler oder eine Lebercirrhose usw. hervorgerufen sind. Auch beim S.M. durch Erhängen und Erdosseln kommt es zu starken Stauungen, die eine Milzvergrößerung bewirken können. Diese Ansicht wird durch die Zahlen meines Materials gestützt. Bei den S.-Mördern des Gefängnisses, die zu über 90% den Erhängungstod wählen, konnte in 26% der Fälle eine große Milz diagnostiziert werden, während es bei den „freien" S.-Mördern nur in 15% der Fälle geschehen konnte.

Außer bei *Heller* kamen akute fieberhafte Erkrankungen bei anderen Autoren weniger zur Beobachtung *(Bartel, Brack, Brosch, Koopmann)*. In meinem Material findet sich eine akute Erkrankung mit hohem Fieber nur in drei Fällen unter den S.-Mördern Hamburgs: ein paranephritischer Abszeß, eine schwerste Cystitis mit Einklemmung eines haselnußgroßen Steins und eine Pneumonie im Stadium der Anschoppung.

Bei allen fieberhaften Erkrankungen können psychische Störungen vorkommen, die sich ausschließlich auf dem Gebiete des Bewußtseins bewegen. Zwischen schwerster Bewußtlosigkeit und leichterer Benommenheit sind alle Grade möglich. In Verbindung mit den dabei auftretenden Halluzinationen, illusionären Verkennungen und ängstlichen Erregungen kann es zu S.M.-Neigung kommen (cf. *Schneider)*.

Für die chronischen Infektionserkrankungen gilt das gleiche wie für die akuten, nur daß die akuten Episoden besonders bevorzugt sind, in denen es zum S.M. kommt. So z. B. bei polyarthritischen Schüben oder bei akuter Aussaat der Tuberkulose, auf die im Abschnitt über die Atmungsorgane hingewiesen wurde. Auch akute Krisen chronischer

Krankheiten, die aber nicht immer mit Fieber begleitet sind, wie das diabetische urämische Koma, die Eklampsie, Kachexien usw. können Beziehungen zum S.M. haben.

S.-Mörder, die keine pathologischen Befunde aufwiesen, sind auf beide Gruppen mit 36,7% und 37,3% gleichmäßig verteilt. Bei dieser Auszählung wurden Fälle mit geringer Lipoidose und Sclerose der Aorta, Coronarien usw., Pleurasynechien usw. nicht als Befunde gewertet. Die Angaben im Schrifttum über die „negativen Befunde" schwanken bedeutend. *Heller* gibt sie mit 8%, *Brosch* mit 10,7% und *Pfeiffer* mit 12,25% der sezierten Fälle an. *Elo* bezeichnet seine Prozentzahl 50 der positiven Befunde als ein im Vergleich zu anderen Autoren recht dürftiges Ergebnis als Folge einer vorsichtigen Schlußfolgerung. Am häufigsten fand *Brack* mit 85% die inneren Organe „gesund".

Die Differenz der Angaben der einzelnen Autoren ist nur aus der verschiedenen Bewertung der einzelnen Befunde zu erklären. Nach meinem Material ist die Zahl der positiven Befunde von *Brosch, Heller, Pfeiffer* sicher zu groß, während sie von *Brack* mit aller Wahrscheinlichkeit viel zu niedrig angegeben ist. Während *Brosch* u. a. den zum Teil sehr geringen Gehirnbefunden eine große Bedeutung zumaßen, erkannte *Brack* nur die Krankheiten und Befunde als beweisend an, die zum S.M. in einem unmittelbaren Zusammenhang standen, und den er in nur 15% der Fälle nachweisen konnte.

Wesentlicher als der unmittelbare Zusammenhang erscheint mir der mittelbare zwischen S.M. und körperlichen Leiden, wie schon *Brosch, Heller* und *Pfeiffer* betont haben, und auf den *Brack* in seiner Arbeit gar nicht eingegangen ist. Insbesondere hat *Koopmann* am Beispiel der akuten Schübe bei der Lungentuberkulose gezeigt, daß die Ausübung des S.M. nicht immer als Auswirkung von Schmerzzuständen und dgl. anzusehen ist, sondern man wahrscheinlich eine Eigentoxinvergiftung annehmen darf, die durch eine psychische Veränderung S.M.-fördernd wirkt.

Es kann an der Bedeutung des Körperzustandes für das Seelenleben nicht gezweifelt werden. „Mens sana in corpore sano!" Scheinbar geringe pathologische Befunde müssen daher bei der Beurteilung der S.M.-Ursache ebenso beachtet werden, besonders wenn mehrere zusammenfallen, wie die groben.

Bei der Annahme, daß es sich bei den Kriminellen um körperlich gesunde Personen handelt, müßte man erwarten, daß die Leichenbefunde der S.-Mörder aus dem Gefängnis gering seien, daß bei dem S.M. der Gefangenen die Umwelt, das Motiv, entscheidende Bedeutung habe.

Das Ergebnis meiner Untersuchungen hat gezeigt, daß auch an der Leiche des Gefängnisselbstmörders körperliche Befunde erhoben werden, und zwar Befunde, die nach ihrer Art und Zahl von den körperlichen Befunden der „freien" S.-Mörder nicht wesentlich abweichen.

Die Folgerung meiner Untersuchungen ist also, daß dem Motiv keine überragende Bedeutung für die Entstehung eines S.M. zukommt.

Bei der Beurteilung des Motivs der Haft für den S.M. gehen die Ansichten der verschiedenen Autoren auseinander. Über den Wert der Motive im allgemeinen ist oben schon gesprochen worden. Das Motiv ist immer das sekundäre, das zur Ausübung der Tat treibt *(Sichel)*.

Die eine Gruppe der Autoren nimmt als Ursache für den S.M. im Gefängnis einmal die Haftpsychosen an, die eine S.M.-Neigung entstehen lassen können *(Hofmann—Haberda, Bumke)*, und ferner die „Angst- vor der Strafe", der die S.-Mörder durch Selbsttötung ausweichen *(Mosdzien)*. Anhaltspunkte für eine psychische Minderwertigkeit wurden in 31,1% der Fälle von *Mosdzien* durch die Sektion bestätigt. *Pfeiffer* sieht im „Sichselbst-richten" ebenfalls ein für den S.M. chrakteristisches Zurückweichen. *Schneider* spricht daher auch sinngemäß von „Flucht-S.M.", für den Leistungs- und Widerstandsschwäche Voraussetzung sind. Nach *Sichel* verrät ein S.-Mörder, der sich in einer momentanen psychischen Zwangslage befindet, durch die Tat seine psychische Minderwertigkeit. Die Bedeutung des Milieudrucks für die Entstehung psychischer Zwangslagen hebt auch *Brosch* hervor.

Die andere Gruppe der Autoren sieht im Gefängnisselbstmord eine mehr normale Reaktion. *Placzek* hält im Gefängnis eine derjenigen Situationen für gegeben, aus denen manche geistig und psychisch durchaus vollwertigen Menschen keinen anderen Ausweg finden. In solchen Fällen von einem „physiologischen" S.M. zu sprechen, halte ich für unbegründet, denn der S.M. ist keine natürliche Erscheinung des menschlichen Lebens (cf. *Rost)*. Auch von einer „Notlösung" im Sinne *Säker's* sollte man nicht sprechen. Im Gegenteil, die S.-Mörder des Gefängnisses weichen der Lösung aus und machen nicht einmal den Versuch, der unangenehmen Situation durch klare Beurteilung der Lage gerecht zu werden. Ähnlich sind die Meinungen von *Gaupp, Hirschfeldt, Hoche,* die den „Bilanz-S.M." vom „Flucht-S.M." abgrenzen. Eine reine Trennung ist sicher nur selten möglich und nach *Säker* von der Leistungsforderung des Beobachters abhängig.

Im allgemeinen läßt sich sagen, daß die Haft einen S.M. beschleunigt und ihn vielleicht erst ermöglicht bei denen, die schon immer mit dem S.M.-Gedanken „spielten". Die Haft ist dann als primäre Ursache nicht anzuerkennen.

Als Beispiel führe ich einen Fall aus meinem Gefängnismaterial an. Der Gefangene, der sich durch den Verkauf von Kohlenkarten in Untersuchungshaft befand, wurde kurz vor der Tat psychiatrisch untersucht für die Ausstellung eines Physikatsgutachtens. Es handelte sich um einen 43 Jahre alten Gelegenheitsarbeiter, der die Haft angeblich schlecht vertrug, Kopfschmerzen und Herzklopfen hatte. S.M.-Gedanken waren vorhanden, die mit „Teufel" bezeichnet und angeblich „bekämpft" wurden. Der Untersuchte war ein geistesbeschränkter Psychopath mit dringendem Verdacht auf Simulation, der § 51 kam für ihn nicht in Frage. Die Sektion ergab Dilatation des rechten Ventrikels, Mandelpföpfe, Kolloidreichtum der Schilddrüse, Milztumor, Hydrocele und Gallensteine, Befunde, die in ihrer Gesamtheit und im Hinblick auf die psychopathische Konstitution dieses S.-Mörders den „S.M.-Teufel" und die Tat hinreichend motiviert erscheinen lassen. Dieser Fall zeigt eindeutig die S.M.-fördernde Wirkung der Haft; denn es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß dieser Gefangene früher oder später seinem Leben durch S.M. ein Ende gesetzt hätte, selbst wenn er nie im Gefängnis gewesen wäre.

Auch diese Untersuchung bestätigt im allgemeinen die Ergebnisse früherer Forschungen, daß der S.M. im Gefängnis sowie in der Freiheit meistens kranke Menschen trifft, deren Organe bei der Obduktion Veränderungen aufweisen, die als direkte oder indirekte Erklärung für einen S.M. gelten können. Die Bedeutung des wohl stichhaltigsten Motivs des menschlichen Lebens, der Haft, scheint in der für den S.M. beschleunigenden und der der „Reifung" der S.M.-Idee fördernden Wirkung zu liegen. *Wexberg* hat mit seiner Behauptung recht, daß es sich nicht um Umstände handelt, auf die nicht anders reagiert werden kann, sondern um Menschen, die nicht anders reagieren können.

ZUSAMMENFASSUNG:

Die statistischen Angaben und die pathologischen Befunde von S.-Mördern in und außerhalb des Gefängnisses wurden miteinander verglichen. Es fand sich größtenteils eine überraschende Übereinstimmung in Zahl und Art der Obduktionsbefunde.

1. Die geringe Beteiligung der Frau am S.M. ist bedingt durch die ihr fehlende Tatkraft und Planmäßigkeit.
2. Die jahreszeitliche Verteilung der S.M. im Gefängnis glich im großen und ganzen der der „freien" S.-Mörder. Ein sehr deutlicher Novembergipfel ist nicht geeignet, um bindende Schlüsse zu ziehen.
3. Die Altersverteilung stimmte in beiden Gruppen überein, mit Ausnahme des Fehlens der höheren Altersklassen bei den Gefängnisselbstmördern. Der Einfluß der Sexualität auf den S.M. ist nicht zu verkennen.
4. Der S.M.-Methode ist keine Bedeutung zuzumessen, denn sie ist vom Milieu abhängig.
5. Der Ernährungszustand der S.-Mörder ist in 80% der Fälle gut.
6. Die S.-Mörder beider Gruppen gehören durchweg dem athletisch-leptosomen Formenkreis an; Pykniker finden sich selten.
7. Die konstitutionellen Merkmale sind für beide Gruppen gleich. Das gehäufte Auftreten von Degenerationsmerkmalen kann als ein Alarmsignal gewertet werden.
8. Die Zahl und Art der Gehirnbefunde stimmen überein. Nach ihrer Schwere beurteilt, lassen sie keine Schlüsse auf Unzurechnungsfähigkeit oder Geisteskrankheit zu. Das Gehirngewicht ist normal.
9. Bei den Befunden an den Zirkulationsorganen überwiegen die Abnutzungskrankheiten.
10. Die akuten Infektionskrankheiten treten an Zahl hinter den chronischen zurück. Die Tuberkulose ist dreimal so häufig wie Lues.
11. Geschlechtskrankheiten finden sich auffallend wenig.

12. Dem akuten Alkoholismus und dem Status digestionis kommt die Bedeutung einer Hemmung der Gegenmotive zu. Der chronische Alkoholismus ist, geschlossen aus der Zahl der für ihn pathognomonischen Befunde, in beiden Gruppen gleich häufig.
13. Ein Überwiegen der „gesunden" S.-Mörder im Gefängnis wurde nicht gefunden.
14. Das Motiv des S.M. in der Haft darf nicht überschätzt werden, es kommt ihm keine größere Bedeutung zu als den anderen Motiven des täglichen Lebens. Das Typische des S.M. im Gefängnis ist die Furcht vor Strafe.
15. Zwei Drittel der S.-Mörder im Gefängnis sowie der „Freiheit" wiesen pathologische Veränderungen auf, die den „Flucht-S.M." einer psychopathischen Persönlichkeit, deren psychische Minderwertigkeit und charakterliche Abartigkeit durch die physische Minderwertigkeit direkt oder indirekt mit beeinflußt wurde, hinreichend zu erklären vermochten.

Herrn Obermedizinalrat Dr. K o o p m a n n bin ich für die freundliche Überlassung des Themas sowie für die Anleitung und vielfachen Anregungen bei der Zusammenstellung dieser Arbeit zu größtem Dank verpflichtet.

SCHRIFTTUM

Bandel: zitiert nach Löwenberg.

Baer, A.: Der Selbstmord im kindl. Lebensalter. Leipzig 1901.

Bartel, I.: Zur patholog. Anatomie des Selbstmords. Wien. kl. Wochenschrift 1910, Nr. 14.

— Über Obduktionsbefunde bei Selbstmördern. D. Z. G. M. 1922, Bd. 1.

Blinkow, S.: Zur Frage nach dem Körperbau des Verbrechers. Monatsschrift f. Krim. Psychologie 1929.

Boettiger: Der Selbstmord in Hamburg während der letzten drei Jahrzehnte. D. med. W. 1925 / 17.

Böhmer, K.: Untersuchung über den Körperbau des Verbrechers. Monatsschrift f. Krim. Psychologie 1928.

Brack, E.: Statistisches und Kasuistisches über Selbstmörder in Hamburg. D. Zeitschr. f. Nerv. Heilkd. 1932.

Brosch, A.: Die Selbstmörder. Leipzig 1909.

Bumke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten 1924.

Egglhuber, H.: Über Sektionen von Selbstmördern. Diss. Münch. 1910.

Eickhoff: Ein Beitrag zum sog. Status thymolyphaticus bei Selbstmördern. D. Z. G. M. 1927, Bd. 7.

Elo, O.: Über Sebstmorde in Finnland. D. Z. G. M. 1931.

Esquirol: zitiert nach Placzek.

De Fleury: Die moderne Auffassung des Selbstmords. Referat in D. Z. G. M. 1927, Bd. 6.

Füllkrug, G.: Der Selbstmord 1919 und der Selbstmord der Kriegs- und Nachkriegszeit. 1927.

Hanauer: Über den Selbstmord bei Frauen. D. M. W. 1927.

Hansen, G.: Über Beziehungen zwischen Alkoholgeruch der Leichenorgane und Blutalkoholwert. Münch. med. W. 1938 / 51.

Heller, A.: Zur Lehre vom Selbstmord nach 300 Sektionen. M. m. W. 1900.

Hellstern, E. P.: Tätowierungen bei Verbrechern. D. Z. G. M. 1926, Bd. 6.

Hirschfeld, M.: Analyse der in den Jahren 1919 bis 1929 im Allg. Krkh. St. Georg, Hamburg, zur Aufnahme gelangten Selbstmordfälle. Inaug. Diss. Hamburg 1932.

Hoche, A.: Vom Sterben.

Hofmann—Haberda: Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin 1923.

Gaupp, R.: Vorkommen, Ursachen und Motive des Selbstmords Berhdlgn. d. Ges. Deutscher Nat. Forscher u. Ärzte. 1907.

— Über den Selbstmord. Tübingen 1910.

Jaspers, K.: Philosophie Bd. II. 1932, zitiert nach Schneider.

Kellner: Über den Selbstmord vom anthropologischen Standpunkt. Münch. med. Wochenschr. 1915.

Koopmann, H.: Der Selbstmord in Hamburg während der letzten drei Jahrzehnte. D. med. W. 1925 / 17.

— Lungentuberkulose und Selbstmord. D. med. W. 1926 37.

— Über den plötzlichen Tod aus natürlicher Ursache. Festschrift z. 25jähr. Bestehen des Hafens K. H. 1926.

Kratter: zitiert bei O. Elo.

Kraepelin: Psychiatrie. 1909, Bd. 1.

Kretschmer: Körperbau und Charakter. Berlin 1921.

Krjukow, A. J.: Zur Deformation des Schädels bei Selbstmördern. D. Z. G. .1926, Bd. 7.

Leoncini, F.: zitiert nach Löwe.

Loewe, E.L.: Zur Frage des Suicids. Diss. Berlin 1928.

Loewenberg, D.: Über den Selbstmord in Hamburg während der letzten 50 Jahre. Veröff. a. d. Geb. d. Med. Verw. 1932.

Masaryk, T. G.: zitiert bei Pfeiffer.

Miloslavich, E.: Ein weiterer Beitrag zur pathol. Anatomie der militärischen Selbstmörder Virchows Archiv 1912.

Mosdzien, K.: Beitrag zur Lösung des Selbstmordproblems. D. Z. G. M. 1926, Bd. 6.

Mumme, C.: Endocarditis und Aortitis fibroblastica mit hochgradiger Blutersinophillie u. Endarteriitis obliterans. Münch. med. Wochenschr. 1938, 44.

Münzer, A.: Über den Selbstmord. Berl. klin. Wochenschr. 1910.

Nestle: Status thymolymphaticus und Selbstmord. Arch. f. Psych. 1910.

Ollendorf, K.: Krankheit und Selbstmord. Diss. Greifswald 1905.

Oswald, A.: Über das Wesen des Status thymolymphaticus. D. Z. G. M. 1935, Bd. 26.

Pfeiffer, H.: Über den Selbstmord. Jena 1912.

Placzek: Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung. Leipzig 1915.

Prinzing: Statistisches zum Selbstmordproblem. Med. Welt 1929.

Reck: zitiert bei O. Elo.

Rost, H.: Bibliographie des Selbstmords. Augsburg 1927.

Rothfuchs, R.: Selbstmordversuche. Münch. med. Wochenschr. 1906.

Säker, G.: Ärztliches zum Selbstmordproblem. M. med. W. 1938, 21.

Shiota: zitiert nach Bartel.

Sichel, M.: Zur Psychopathologie des Selbstmords. D. med. W. 1911.

Schneider, K.: Psychiatrische Vorlesungen. Thieme 1936.

Sieveking: Die Selbstmorde in Hamburg während der letzten drei Jahrfünfte. Deutsch. med. Wochenschr. 1925, 17.

Schilling: Der Selbstmord. Friedreichs Blätter f. d. g. gerichtl. Medizin. 1911, Bd. 42.

Stelzner H.: Analyse von 200 Selbstmordfällen. Berlin 1906.

Weichbrodt: Der Selbstmord. Zitiert nach Säker.

Wexberg: zitiert bei O. Elo.

Weygandt, W.: zitiert bei Löwenberg.

Weyrich, G.: Blutgruppen, Körperbau und Selbstmord. D.Z.G.M. 1933, 23.

LEBENSLAUF

Am 9. August 1912 wurde ich als Sohn des Kaufmanns Willi Eggert und seiner Frau Elisabeth, geb. Füermann, in Goslar am Harz geboren. Nach Besuch der Mittelschulen in Goslar und Braunschweig und der Lessingschule in Braunschweig legte ich Ostern 1933 die Reifeprüfung ab. Im Sommersemester 1933 begann ich das Studium der Medizin an der Universität Göttingen. Nach zwei Semestern bestand ich den ersten Teil und nach weiteren drei Semestern den zweiten Teil der Ärztlichen Vorprüfung. Mein Studium setzte ich an der Hansischen Universität in Hamburg fort, um am Ende des elften Semesters hier das Ärztliche Staatsexamen abzulegen.

Hugo Eggert